مقاله اصیل پژوهشی

بررسی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر اضطراب مبتلایان به سوگ عارضه‌دار

نرگس یوسف‌پور[1]، قاسم آهی[2]، مریم نصری[2]

چکیده

زمینه و هدف: شناخت دقیق مشکلات و مسائل فرد مبتلا به سوگ، می‌تواند پیش‌شرط یک مداوای ثمربخش باشد؛ از این رو مفهوم‌سازی، سنجش ابعاد این پدیده، مراحل سوگ، علائم آن و تعیین روش‌های درمانی اثربخش، اهمیت شایانی دارد. به همین دلیل و نیز به‌منظور اهداف تحقیقاتی و بالینی، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیّت زندگی بر کاهش علائم مرتبط با سوگ، در افراد مبتلا به سوگ پیچیده انجام شد.

روش تحقیق: این پژوهش، از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش را کلیّه مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهرستان کاشمر در سال 1393 که براساس ملاک‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی- متن تجدید نظرشده- (DSM-IV-TR) و به تشخیص روانشناس بالینی و با نظارت روان‌پزشک، تشخیص سوگ عارضه‌دار دریافت کرده بودند، تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل30نفر بود که از بین داوطلبان شرکت در پژوهش، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش، به‌مدّت 8جلسه، به شیوه روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی آموزش دیدند. در پایان، از هر دو گروه، پس‌آزمون به‌عمل آمد. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش، پرسشنامه اضطراب Beck بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS (ویرایش 22) و به‌کمک روش ANCOVA تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره اضطراب گروه آزمایش در پیش و پس‌آزمون به‌ترتیب: 5/27±23/00 و 4/75±15/00 و میانگین نمره گروه کنترل در پیش و پس‌آزمون به‌ترتیب: 5/59±24/40 و 5/57± 20/66 بود. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که با حذف اثر نمره‌های اضطراب پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر آموزش بر نمره‌های اضطراب پس‌آزمون معنی‌دار شد (P=0/008) تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین‌های نمرات اضطراب شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل، برحسب عضویت گروهی، در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار بود (P<0/01). میزان تأثیر این مداخله 0/23 به‌دست آمد.

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر کاهش اضطراب مبتلایان به سوگ عارضه‌دار تأثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب؛ داغ‌دیدگی؛ سوگ عارضه‌دار؛ روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1394؛ دوره 22 (2): 145-153.

دریافت: 1393/12/13 **پذیرش: 1394/03/17**

[1] نویسنده مسؤول؛ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران؛
آدرس: خراسان جنوبی- بیرجند- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند
تلفن: 09355935984 پست الکترونیکی: yousefpoor.n@gmail.com
[2] استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران؛

مقدمه

سوگ، سوگواری و داغدیدگی، اصطلاحاتی هستند که به واکنش‌های روانی بازماندگان یک فقدان بزرگ اطلاق می‌شوند. ابراز سوگ، بسته به هنجارها و توقّعات فرهنگی و شرایط فقدان (مرگ غیرمنتظره در مقابل مرگ کاملاً قابل انتظار)، طیف وسیعی از هیجانات را دربرمی‌گیرد. سوگ، به‌طور سنتی حدود 6ماه تا یکسال طول می‌کشد. برخی علائم و نشانه‌های سوگ ممکن است بیش از 1-2 سال طول بکشد و شخص بازمانده احساسات، نشانه‌ها و رفتارهای مربوط به سوگ را در تمام طول عمر تجربه کند. اما سوگ طبیعی بالاخره حل می‌شود و شخص، به زندگی سازنده و راحتی نسبی باز می‌گردد. به‌طور کلی نشانه‌های حاد سوگ به‌تدریج فرو می‌نشیند و ظرف یک تا دو ماه، شخص سوگوار می‌تواند به عملکرد عادی خود بازگردد. در برخی افراد، سیر سوگ و سوگواری نابهنجار است. سوگِ بیمارگونه ممکن است به اشکال گوناگونی تظاهر کند (1). سوگ نابهنجار، زمانی روی می‌دهد که برخی وجوه سوگ طبیعی بر اثر تحریف یا تشدید، خصوصیات سایکوتیک پیدا می‌کند و نیز علایم افسردگی همچون احساس گناه درباره کارهایی که فرد قبل از مرگ برای عزیزش انجام نداده است و افکاری راجع به مرگ، تجلّی می‌یابد (2). برخی علایم خطر در سوگ نابهنجار عبارتند از: پرهیز از ابراز احساسات یا کوچک‌شمردن آنها، روی‌آوردن به موادّ مخدر، الکل یا خوددرمانی با دارو، خصومت و پرخاشگری نسبت به دیگران و بیش از حد معمول و به شکلی افراطی خود را به‌کار و فعالیت مشغول‌کردن (3). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که فقدان، باعث آشفتگی عاطفی و ناسازگاری رفتاری می‌گردد (4).

براساس شواهد بالینی، بسیاری از افراد داغدیده، در معرض خطر نشانگان افسردگی، اختلالات اضطرابی، بیماری‌های جسمی، بدکارکردی سیستم ایمنی و افزایش احتمال مرگ و میر قرار دارند (5). قرارگرفتن در یک شرایط خاص اجتماعی، به‌خصوص اگر آن شرایط، نقش تعیین‌کننده‌ای در زندگی حال یا آینده فرد داشته باشد، به‌طور طبیعی حالت اضطراب را افزایش می‌دهد (6). حالت نابهنجار اضطراب می‌تواند بر گستره‌ی وسیعی از عملکردهای آدمی، اثر بگذارد. اضطراب، فرآیندی از خرده‌نظام‌های متعامل شامل: خرده‌نظام شناختی، جسمانی، عاطفی و رفتاری است و تغییرات در یک خرده‌نظام، منجر به تغییر در خرده‌نظام‌های دیگر می‌شود (7).

متخصصان بهداشت روان، متناسب با سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی و علائم متعاقب سوگ، شیوه‌های درمانی گوناگونی را برای معالجه اضطراب پیشنهاد کرده‌اند. این روش‌ها، هم داروهای فعال‌ساز روان و هم روان‌درمانی را در بر می‌گیرد. علاوه بر روش‌های دارویی که بروز عوارض سوء ناشی از مصرف آنها نیز اجتناب‌ناپذیر است، به‌کارگیری روش‌های غیر دارویی و درمان‌های مکمّل مؤثّر بر اضطراب و کنترل علائم بالینی ناشی از آن پیشنهاد می‌گردد (8). شیوه‌هایی مانند: اجتناب، طفره‌رفتن، انحراف موضوع، آماده‌سازی ذهنی، تلقین مثبت ذهنی، ورزش سبک و آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی، به رفع اضطراب کمک می‌کنند (9). روان‌شناسانی که اضطراب را ناشی از تضادهای ناخودآگاه درونی می‌دانند، روش‌های روان‌درمانی را برای درک و رفع این تضاد، مورد استفاده قرار می‌دهند. یکی از این رویکردها، درمان شناختی-رفتاری است که از دهه 1970 برای درمان انواع بیماران مضطرب مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است (10). درمان شناختی-رفتاری بر این فرض استوار است که اختلال عاطفی و علایم اختلال رفتاری، در نتیجه تفکر غیر منطقی ادامه پیدا می‌کند و می‌تواند با استفاده از تکنیک‌های متنوّع رفتاری، عاطفی و شناختی، نه‌تنها در طی جلسات درمانی بلکه در بین جلسات، به‌صورت ارائه تکلیف، تغییر پیدا کند و چون این رویکرد بر رفتار قابل مشاهده تأکید دارد، از این رو توجه کمتری به اجزای شناختی فرآیند سوگ دارد (11). درمانگرها مدعی هستند که برای حل همیشگی تعارض، نیاز به بازسازی

شناختی است (12). یکی دیگر از روش‌های درمانی غیر دارویی پیشنهادی برای کنترل و درمان علائم اضطراب، استفاده از روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی درمانی، رویکرد جدیدی است که شامل انسجام به‌هم پیوسته شناخت‌درمانی و روان‌شناسی مثبت است و با آخرین صورت‌بندی درمان شناختی Beck و نظریه افسردگی و آسیب روانی، هماهنگ است (13).

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که هدف اصلی آن ایجاد شادکامی و رضایت از زندگی می‌باشد، بر اساس یک الگوی 5راهه تدوین شده که عبارت است از: 1) شرایط زندگی[1]؛ 2) نگرش‌ها[2]؛ 3) استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم[3]؛ 4) ارزش‌ها[4]؛ 5) رضایت کلی از زندگی[5] (14).

در ادامه، به برخی از مطالعاتی که از برنامه‌های شناختی-رفتاری، برای درمان اختلالات اضطراب ناشی از سوگ استفاده کرده‌اند، اشاره می‌گردد. به‌طور مثال، در مطالعه Cohen و همکاران (15)، کودکانی که تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند، بهبود قابل توجهی در علائم افسردگی و اضطراب مرتبط با سوگ عارضه‌دار و استرس پس از سانحه نشان دادند؛ همچنین رضایت کودک و والدین از این درمان بالا بود (15). Boelen و همکاران گزارش کرده‌اند که درمان شناختی-رفتاری، در بهبود علائم مرتبط با سوگ عارضه‌دار و آسیب‌شناسی روانی، نسبت به مشاوره حمایتی مؤثّرتر است (16). فراتحلیل Wittouck و همکاران نشان داده است، در مقایسه با مداخلات پیشگیرانه، مداخلات درمانی به‌طور مؤثّر می‌تواند نشانه‌های سوگ عارضه‌دار را کاهش دهد؛ از سوی دیگر به‌نظر می‌رسد که پیشگیری نمی‌تواند مؤثّر باشد (17). قاسمی و همکاران (18) گزارش کردند که گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی افسردگی، نشانه‌های جسمانی‌سازی و بدکارکردی اجتماعی را کاهش می‌دهد، ولی بر اضطراب آزمودنی‌ها تأثیری ندارد. همچنین یافته‌های فرامرزی و همکاران نشان داده که بین عملکرد گروه شاهد و آزمایش، در سازگاری کل بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است؛ همچنین بین عملکرد گروه شاهد و آزمایش در خرده‌مقیاس سازگاری فردی، تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ ولی در خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی تفاوت معنی‌داری دیده نشد (19). پاداش و همکاران (20) نیز گزارش کردند که روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر شادکامی زنان و مردان متأهّل مؤثّر بوده است.

همانطور که در بالا ذکر شده، پژوهش‌ها نشان داده است که شناخت‌درمانی از جمله درمان‌هایی است که برای درمان اختلالات اضطرابی ناشی از سوگ، توسط متخصصان به‌کار برده می‌شود. اما با توجه به اینکه کیفیت زندگی درمانی، سعی می‌کند تا جدیدترین پژوهش‌ها و نظریه‌های مربوط به شادکامی، روانشناسی مثبت و مدیریت عواطف منفی را به‌همراه بصیرت ناشی از کار بالینی و روانشناسی مثبت، به شکل مؤثّر انسجام بخشد و مورد استفاده قرار دهد، به‌نظر می‌رسد که در پژوهش‌های پیشین، این خلاء وجود دارد که از رویکرد روانشناسی مثبت، در کار با افراد دارای اختلال اضطرابی ناشی از سوگ، استفاده زیادی نشده است. مطالعه حاضر، با استفاده از رویکرد جدید Frisch به نام کیفیت زندگی درمانی که در سال 2006 ارائه شده است، به مداخله در حیطه درمان اضطراب در افراد مبتلا به سوگ عارضه‌دار پرداخته است.

روش تحقیق

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیّه مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهرستان کاشمر که براساس ملاک‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی- متن تجدید نظر شده (DSM-IV-TR) و به تشخیص روانشناس بالینی و با نظارت روانپزشک، تشخیص

[1] *Circumstance*
[2] *Attitude*
[3] *Standards of fullment*
[4] *Importance*
[5] *Overal satisfaction*

سوگ عارضه‌دار دریافت کرده بودند، تشکیل دادند. نمونه آماری پژوهش را 30نفر از افرادی که تجربه فقدانِ یک یا بیشتر از یک نفر از عزیزان خود را داشته‌اند، تشکیل دادند که با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه 15نفر). تجربه فقدان یکی از اعضای خانواده یا عزیزان حداقل به مدت 6ماه، دارا بودن تشخیص بالینی اضطراب ناشی از فقدان با توجه به نظر روان‌پزشک و روانشناس بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلالات روانی فرم شماره پنج و عدم دریافت درمان‌های روانشناختی همزمان، به‌عنوان معیارهای ورود افراد به مطالعه درنظر گرفته شدند.

به‌منظور گردآوری اطلاعات، از پرسشنامه اضطراب Beck استفاده گردید. پرسشنامه اضطراب Beck، یک پرسشنامه خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان استفاده می‌شود. شیوه امتیازبندی به پاسخ‌های پرسشنامه به‌صورت اصلاً «0»، خفیف «1»، متوسط «2» و شدید «3» است. دامنه نمره فرد می‌تواند از صفر تا 63، در نوسان باشد. مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که این پرسشنامه، از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی آن (ضریب آلفا) 0/92، پایایی آن با روش بازآزمایی به‌فاصله یک هفته 0/75 و همبستگی آن از 0/30 تا 0/76 متغیّر است؛ همچنین پنج نوع روایی شامل: روایی محتوا، همزمان، ساده، تشخیصی و عاملی برای این پرسشنامه سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری اضطراب می‌باشد (21). در ایران نیز پژوهش‌هایی در مورد خصوصیات روان‌سنجی این آزمون، انجام گرفته است؛ به‌عنوان مثال غرایی در مطالعه خود (22)، ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی و به فاصله 2هفته، 0/80 گزارش کرده است (22)؛ همچنین در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود 0/72 و ضریب پایایی آزمون- آزمون مجدد به‌فاصله یک‌ماه 0/83 و آلفاکرونباخ 0/92 برای آن گزارش شده است.

با توجه به اینکه مطالعه مذکور از نوع نیمه‌تجربی بود، برای گردآوری اطلاعات و داده‌های مورد نیاز، مراحل و اقدام‌های زیر طراحی و انجام گرفت:

1- انتخاب افراد گروه نمونه به‌صورت تصادفی از میان کسانی که به مراکز مراجعه کرده و تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام نمودند و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، دارای سوگ عارضه‌دار بودند (تعداد 30نفر)؛

2- تقسیم گروه نمونه به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل؛

3-تکمیل پرسشنامه اضطراب BecK به‌وسیله افراد هر دو گروه کنترل و آزمایش، به‌منظور کسب اطلاع از میزان اضطراب ناشی از سوگ به‌عنوان پیش‌آزمون؛

4-اعمال متغیّر مستقل که در این پژوهش شامل برنامه مداخلاتی کیفیّت زندگی درمانی به‌مدت 8جلسه بود. عناوین این برنامه در جدول یک ارائه شده است.

پس از برگزاری جلسات منظم آموزشی به مدت 8جلسه، پرسش‌نامه اضطراب Beck به‌طور مجدد توسط هر دو گروه، به‌منظور کسب اطلاع از میزان اضطراب ناشی از سوگ به‌عنوان پس‌آزمون اجرا شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، در نرم‌افزار SPSS (ویرایش 15) وارد شد و ضمن ارائه آمار توصیفی، به‌وسیله آزمون‌های آماری Independent t-Test، Paired t-Test، Chi-square و ANCOVA در سطح α=0/05 آنالیز شد.

جدول 1- عناوین جلسات برنامه مداخلاتی کیفیت زندگی درمانی

جلسه اول:	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت کنندگان برای حضور در جلسات، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی، اجرای پیش‌آزمون، بازخورد
جلسه دوم:	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشناکردن اعضای گروه با درخت زندگی و کشف موارد مشکل‌آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه بازخورد
جلسه سوم:	مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی پنج ریشه، شروع‌کردن با یکی از ابعاد، معرفی شرایط زندگی به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی
جلسه چهارم:	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی نگرش به‌عنوان استراتژی دوم، کاربرد استراتژی دوم در ابعاد کیفیت زندگی
جلسه پنجم:	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی استانداردها، اولویت‌ها، تغییر رضایت به‌عنوان استراتژی سوم، چهارم و پنجم برای افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی
جلسه ششم:	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش رضایت
جلسه هفتم:	مرور جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط
جلسه هشتم:	ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان‌شده در جلسات قبل، جمع‌بندی و آموزش تعمیم پنج ریشه در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی

یافته‌ها

در این پژوهش، 22نفر (73درصد) از افراد مورد مطالعه زن بودند که 10نفر آنها در گروه آزمایش و 12نفر در گروه کنترل قرار گرفتند؛ 8نفر (27درصد) دیگر نیز مرد بودند که 5نفر آنها در گروه آزمایش و 3نفر در گروه کنترل قرار داشتند. بر طبق نتایج آزمون χ^2 مربوط به تفاوت جنس، بین دو گروه آزمایش و کنترل، به‌لحاظ جنسیّت، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت؛ همچنین میانگین سن در گروه آزمایش 30/86±6/15 و در گروه کنترل 32/84±5/34 بود که اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد (P>0/05).

همان‌طور که جدول دو نشان می‌دهد، بین میانگین نمره اضطراب گروه آزمایش و کنترل، در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت؛ در حالی که این تفاوت میانگین اضطراب پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل، در سطح α=0/01 معنی‌دار بود.

نتایج ANCOVA نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های اضطراب پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر آموزش بر نمره‌های اضطراب پس‌آزمون معنی‌دار بود؛ به‌عبارت دیگر، نتایج نشان داد که تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین‌های نمرات اضطراب شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل، بر حسب عضویت گروهی، در مرحله پس‌آزمون با 99درصد اطمینان معنی‌دار بود (P<0/01)(جدول 3).

جدول 2- مقایسه میانگین نمره اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش (N=15) $\bar{X}$ ±SD	کنترل (N=15) $\bar{X}$±SD	نتیجه آزمون t-Test مستقل
اضطراب پیش‌آزمون	23±5/3	24/4±5/6	p=0/48
اضطراب پس‌آزمون	15±4/8	20/7±5/6	p=0/006
نتیجه آزمون t-Test زوج‌شده	p<0/001	p=0/001	-

جدول 3- مقایسه میانگین نمره X- اضطراب پس از آزمون، پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری آزمون ANCOVA
کنترل	20/42	1/27	F=8/21
آزمایش	15/24	1/27	P=0/008

بحث

گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت می‌باشد که با هدف ایجاد بهزیستی ذهنی، ارتقای رضایت از زندگی و درمان اختلات روانی نظیر: افسردگی، اضطراب و ... در بافت زندگی تدوین شده است. این درمان، از ترکیب رویکرد شناختی Aaron Temkin Beck در حوزه بالینی، تئوری فعالیت Csikszentmihalyi با روان‌شناسی مثبت Seligman، توسط Frisch در سال 2006 طراحی شده است. گروه‌های هدف آن، علاوه بر کسانی که دارای اختلاتی نظیر افسردگی می‌باشند، افراد معمول و سالمی هستند که می‌خواهند میزان بهزیستی و سلامت روانی و در کل کیفیّت زندگی بالاتری را تجربه کنند (14). کیفیّت زندگی درمانی، شامل رویکردی برای افزایش رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی به‌عنوان ارزیابی فرد از جنبه‌های مختلف زندگی خویش توصیف می‌شود. کیفیت زندگی درمانی همچنین اصول و مهارت‌هایی را به شرکت‌کنندگان می‌آموزد که از طریق آن، می‌توانند نیازها، اهداف و آرزوهایشان را در مراحل مهم زندگی تشخیص دهند؛ با آن مواجه شوند و آن را دنبال کنند (23). هدف روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی عبارت است از افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیش‌گیری از فرسودگی (24). درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، یک رویکرد کل‌نگر است که به سلامت روان در بافت زندگی روزمره اهمیت می‌دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این دو عامل را در بافت کیفیت زندگی اصلاح کند. در گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، به افراد مورد مطالعه آموزش داده می‌شود که بهزیستی ذهنی را جزء ضروری سلامت روانی خود بدانند و به فراتر از این دیدگاه دست پیدا کنند که سلامت روانی، تنها نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه همواره باید به‌دنبال افزایش رضایت خاطر از زندگی باشند. به همین دلیل، افراد با رویکرد شناختی یاد می‌گیرند که با ایجاد تعادل بین حوزه‌های ارزشمند زندگی که در حال حاضر وجود دارد، با آن ایده‌الی که مدّ نظر آنان است، میزان بهزیستی ذهنی و رضایت‌خاطر از زندگی و به‌دنبال آن سلامت روانی بالاتری را در خود ایجاد کنند.

درمان‌ها باید با یک رویکرد کلی‌نگر و ترکیبی، سعی داشته باشند تا حدّ امکان، متغیّرهای بیشتری را که با این عامل مرتبط هستند، شناسایی کنند؛ از سویی دیگر باید به متغیّر سلامت ذهنی، به‌عنوان یک متغیّر میانجی در ارتباط بین سلامت روانی و سلامت جسمانی، در الگوی ارتباط بین بدن و روان در بافت کیفیّت زندگی توجه شود و همانند نگرش روان‌شناسی مثبت، با تلفیق نظریه و تحقیق و با فراتررفتن از نگاه صرف به آسیب‌شناسی روانی و توجه به سلامت ذهنی و شادابی انسان‌ها، به یک تصویر جامع از سلامت انسان دست پیدا کرد. در کشور ما، اولین‌بار این روش درمانی، در پژوهش حاضر به‌کار گرفته شده و سابقه‌ی انجام پژوهشی مشابه با این درمان در کشور وجود نداشته است؛ همچنین در پژوهش حاضر، این روش درمانی، با سایر رویکردهای درمانی جدید مقایسه نشده است که این موارد، از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، با کنترل این محدودیت‌ها، کارآیی این روش درمانی به‌صورت گسترده‌تر و دقیق‌تر، مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی میزان اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، بر کاهش اضطراب مبتلایان به سوگ عارضه‌دار بود. یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات افراد گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود نداشت؛ به این معنی که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، بر کاهش اضطراب مبتلایان به سوگ عارضه‌دار تأثیر مثبت دارد.

از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که ارتباط بین فاکتورهای محیطی و شناختی و عوامل کیفیت زندگی با میزان سلامت ذهنی یعنی افزایش عاطفه مثبت،

کاهش عاطفه منفی و افزایش رضایت از زندگی، رابطه‌ای دوسویه است و عوامل آموزش داده‌شده در این پژوهش نیز می‌تواند باعث افزایش سلامت روانی افراد و افزایش میزان رضایت از زندگی آنها گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله، برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با عنوان بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر کاهش علائم مرتبط با سوگ پیچیده در افراد داغدیده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ای شهرستان کاشمر انجام شده است. از مسئولان مراکز مشاوره و مراجعان همکاری‌کننده در اجرای این پژوهش، نهایت تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

منابع:

1- Shariat W, Khodaifar F , Siddiqui G, Koohi Habibi L, Hefazi M, Mirabzadeh A, et al. [Guidelines for the care of adult psychiatric disorders (Especially physicians)]. Ministry of Health, treatment and Medical Education; 2008. [Persian]

2- Worden JW. Grief counseling and grief therapy. 4th ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2008.

3- Yasmi MT, Bagheri yazdi SA, Amin esmaeili M. Psychosocial support in disasters and emergencies. [The full text of training health workers]. Ministry of Health, Health and Medical Education, Department of mental health Office of mental health, social and addiction Health Department ; 2009.

4- Gertler P, Martinez S, Levine D, Bretozzi S. Lost presence and presents: How parental death affects children. Princeton University. Preliminary; 2004. Available: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.199.9927&rep=rep1&type=pdf

5- Tomita T, Kitamura T. Clinical and research measures of grief: a reconsideration. Compr Psychiatry. 2002; 43(2): 95-102.

6- Black S. Test Anxiety. American School Board Journal. 2005; 192(6): 42-4.

7- Jouharifard R, Goudarzi MA, Zamiri A. Effect of group cognitive-behavir therapy on anxiety and dysfunctional attitudes of patients with genralaized anxiety disorder. Quarterly Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology). 2008; 2(6): 81-94. [Persian]

8- Mousavi S, Mirzaei M, Reza Soltani P. The effects of acupressure on anxiety nursing, midwifery and operating room students. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2009; 18(71): 82-89. [Persian]

9- Hasanpour Dehkordi A, Masoudi R, Salehi Tali Sh, Forouzandeh N, Naderipour A, PourmirzaKalhori R, et al. The effect of progressive muscle relaxation on anxiety and stress in nursing students at the beginning of the internship program. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2009; 11(1): 71-7. [Persian]

10- Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (eds). Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1989.

11- Neimeyer RA, Keesee NJ, Fortner BV. Loss and meaning reconstruction: Propositions and procedures. In: Malkinson R, Rubin S, Witztum E (eds). Traumatic and nontraumatic loss and bereavement:Clinical theory and practice. Madison, CT: Psychosocial Press; 2000. pp: 197-230.

12- Goldenberg I, Goldenberg H. [Family Therapy]. Translated by: Hossein Shahi Barvati HR, Nagshbandi S, Arjmand E. 2nd ed. Tehran: Ravan Publications; 1996. [Persian]

13- Roshanfar AR, Mokhtari S, Padash Z. Effectiveness of Educational based on Quality of Life Therapy on perfectionism. J Health Syst Res 2013; 9(8):886-95. [Persian]

14- Frisch MB. Quality of Life Therapy: Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy. New jersey: John Wiley & Sons Press; 2006

15- Cohen JA, Mannarino AP, Staron VR. A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grif (CBT-CTG). J Am Acad child Adolesc psychiatry. 2006; 45(12): 1465-73.

16- Boelen PA, van den Bout J. Examination of proposed criteria for complicated grief in people confronted with violent or non-violent loss. Death Stud. 2007; 31(2): 155-64.

17- Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G, Van Heeringen K. The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2011; 31(1): 69-78.

18- Ghasimi NA, Kajbaf MB, Rabiei M. The effectiveness of quality of life therapy (QOLT) on subjective well–being (SWB) and mental health. Journal of Clinical Psychology. 2011; 3(2): 23-35. [Persian]

19- Faramarzi S, Asgari K, Taghvi F. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on adjustment rate of high-school students with abnormal grief. J Res Behav Sci. 2013; 10(5): 373-82. [Persian]

20- Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi M, Izadikhah Z. The effect of quality of life therapy on marital satisfaction. J Res Behav Sci. 2013; 10(5): 363-72. [Persian]

21- Fathi Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: personality and mental health evaluation. Tehran: Besat publication; 2009. [Persian]

22- Ghraie B. [Determining the identity conditions and their relationship with the young's identity and depression styles, an unpublished clinical psychology]. [Ph.D Dissertation]. Tehran: Iran Medical Sciences University, Psychiatry Institute; 2003. [Persian]

23- Aghayousefi A, Seifi MY. Group quality of life therapy in patients with multiple sclerosis. Iranian Journal of Clinical Psychology (IJCP). 2013; 1(2): 10-4.

24- Frisch MB. Quality of life therapy. Translated by: Khamseh A. Tehran: Arjmand press; 2011. [Persian]

Abstract *Original Article*

Investigation of the effect of psychotherapy based on life quality improvement on the anxiety of those suffering from complicated grief

Narges Ysefpoor [1], GHasem Ahi[2], Maryam Nasri[2]

Background and Aim: Recognizing problems of those suffering from grief may be a precondition for an effective treatment. Therefore, conceptualization, measuring the dimensions of this phenomenon, the stages of grief, its symptoms and determining the effective therapies are very important . For this reason, and for clinical and research purposes,the present study aimed at investigating the effect of psychotherapy based on life quality improvement on anxiety of those suffering from complicated grief.

Materials and Methods: The current study was a semi – experimental one with a control group pretest-post-test design. The statistical population of this study consisted of all clients referring to Kashmar consulting . centers during 2013-2014, who were recognized to suffer from complicated grief, according to DSM-V-TR. The subjects were 30 men and women who were randomly selected from the volunteers that were divided into . two groups of control and experimen. The men and women were trained for 8 sessions by psychotherapy based on the quality of life. At the end, each group took a post-test. The assessment means applied in this study was .Beck's Anxiety Inventory. The obtained data was analyzed by means of . SPSS software (V:22) using covariance analysis.

Results: Mean groups' pre-test and post-test anxiety score . were 23.00 ±5.27 and 15.00±4.75, respectively . Mean control group score in pre - and post-test was 24.40 ± 5.59 and 20.66 ±5 .59,respectively .The findings revealed that in case of ignoring the effect of pre-test anxiety scores as the covariant variable, the main effect of training variable on post-test anxiety scores issignificant. In other words, the table revealed that there is significant difference between mean anxiety scores of the experimental and control groups in terms of inclusion in the post-test with 99% confidence ($P< 0.01$). The efficacy of this intervention was 0.23.

Conclusion: It was revealed that psychotherapy based on improving life quality improvement affects the reduction of anxiety of those who suffer from complicated grief.

Key Words: Anxiety; Bereavement; Complicated grief; Psychotherapy based on improving life quality.

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2015; 22 (2): 145-153.

Received: March 4, 2015 Last Revised: Accepted: June 7, 2015

[1] *Corresponding Author; Ms.c in Clinical Psychology, Islamic Azad University of Birjand, Birjand, Iran yousefpoor.n@gmail.Com*

[2] *Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Birjand, Birjand, Iran.*